



## Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

### 1. Personenbezogene Daten

Name, Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon
mail

### 2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	ja	nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Bei ja, Ablauf des Datums angeben. _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb ihres Bundeslandes? Wenn ja, wann und wo? _____		

### 3. Symptom-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (Bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	ja	nein
Erkältungssymptome wie Husten, Halsweh, Schnupfen		
Allgemeines Krankheitsgefühl wie Kopf- und Gliederschmerzen, Fieber		
Atemnot, Geschmacks- und Riechstörungen		
Durchfall		

*Sollte sich zu Punkt 2 oder 3 etwas ändern, informieren Sie bitte unverzüglich den ÜL/Abteilungsleiter.*

### 4. Risiko-Gruppe

**Gehören Sie zu einer Hoch-Risiko-Gruppe (Asthmatiker, Krebspatient, Diabetiker...)?** Dann erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie sich der erhöhten Gefahr bewusst sind und auf eigene Verantwortung teilnehmen.

Datum:

Unterschrift: